

Izvršni odbor UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br.134g (u daljem tekstu: Društvo) u skladu sa Zakonom o privrednim društvima („Sl.glasnik RS“, br.36/11, 99/11, 83/14-dr.zakon, 5/2015), i članom 10. prečišćenog teksta Statuta 01/NŽ-SA/02 od 01.03.2016.godine, na osnovu odluke od 14.09.2016. doneo je sledeći akt poslovnice politike:

OPŠTI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

UVODNE ODREDBE

Član 1.

1) Ovi Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) koje Ugovarač osiguranja, dobrovoljno zaključuje sa UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, kao davaocem osiguranja/Osiguravačem.

2) Opšti uslovi regulišu prava i obaveze Ugovarača osiguranja, Osiguraniika i Osiguravača u zavisnosti od vrste zaključenog Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

DEFINICIJE

Član 2.

1) Pojedini pojmovi koji se koriste u Opštim uslovima, imaju sledeće značenje:

- **Davalac osiguranja** (u daljem tekstu: **Osiguravač**) – ‘UNIQA neživotno osiguranje a.d.o.’, Beograd koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- **Osiguranik** – je fizičko lice koje je sklopilo Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koje koristi prava utvrđena Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice i/ili domaćinstva osiguraniika;
- **Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: **Ugovarač osiguranja**) – je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji zaključuje Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva ili na teret sredstava Osiguraniika;
- **Ponudilac** – je fizičko ili pravno lice koje ima nameru da sklopi Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i u tu svrhu Osiguravaču podnosi ponudu za osiguranje;
- **Ponuda** – je pismeni predlog ponudioca za zaključenje Ugovora o osiguranju upućen Osiguravaču;
- **Polisa osiguranja** – je isprava o zaključenom Ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem;
- **Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju** – je dokument koji Osiguraniiku izdaje Osiguravač na osnovu koje Osiguraniik dokazuje svojstvo Osiguraniika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- **Premija osiguranja** – je novčani iznos koji plaća Osiguraniik, odnosno Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Osiguravaču;
- **Suma osiguranja** – je novčani iznos i/ili definisane zdravstvene usluge na polisi, koji predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravača prema zaključenom Ugovoru o osiguranju;
- **Osigurani slučaj** – Osigurani slučaj predstavlja budući neizvestan događaj kada je nad osiguranim licem usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguranom licu u zavisnosti od ugovorene Polise;
- **Period čekanja (karenca)** – je ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, u kojem Ugovarač plaća premiju osiguranja,

ranja, a Osiguravač nije u obavezi da isplati naknade iz osiguranja, bez obzira što je nastupio osigurani slučaj;

- **Novčane naknade** – su naknade koje Osiguravač obezbeđuje Osiguraniiku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknade troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- **Zdravstvene usluge** – su usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno radi sprovođenja mera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, lečenja i rehabilitacije, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbedne, kvalitetne i efikasne;
- **Zdravstvena ustanova** – je pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koje je dobilo dozvolu od Ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
- **Privatna praksa** – je drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene delatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
- **Drugi davaoci zdravstvenih usluga** – su druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
- **Lek** – proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji, kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;
- **Medicinsko-tehnička pomagala** – su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;
- **Implantat** – je medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
- **Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: **Posebni uslovi**) – su uslovi Osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze Ugovornih strana za konkretnu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji čine sastavni deo Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- **MedUniqa kontakt centar** – je telefonska služba Osiguravača putem koje su osiguranim licima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen posebnim uslovima;
- **Refundacija** – predstavlja pravo osiguraniika da od Osiguravača, u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno Polisom, nadoknadi

troškove ili deo troškova lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz Ugovora;

- **Participacija** - predstavlja učešće u delu troškova određenog, ugovorenog, medicinski opravdanog tretmana koje je osigurano lice u obavezi da plati, ukoliko je to ugovoreno Polisom, odnosno Ugovorom o osiguranju.

OPŠTE ODREDBE

Član 3.

1) Ugovorom o osiguranju Ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju Osiguravaču, a Osiguravač se obavezuje da, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, nadoknadi troškove lečenja ili isplati novčanu naknadu u skladu sa ovim Opštim uslovima, Posebnim uslovima i Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

2) Sva obaveštenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine, moraju da se potvrde pisanim putem ako su učinjene usmeno, telefonom ili na neki drugi način.

3) Danom prijema obaveštenja, odnosno prijave iz stava 2) ovog člana, smatra se dan kada je Osiguravač primio obaveštenje odnosno prijavu, ili datum na delovodnom protokolu Osiguravača.

4) Ugovorne strane su saglasne da se dostava svih obaveštenja vrši preporučenom poštom na adresu iz ponude, odnosno na drugu adresu ako je druga ugovorna strana uredno obavestena o tome. Uredno obaveštenje Ugovarača / Osiguranika prema Osiguravaču o promeni adrese se vrši preporučenom poštom. Uredno obaveštenje Osiguravača prema Ugovaraču / Osiguraniku o promeni adrese se vrši poštom ili obaveštenjem objavljenim u sredstvima javnog informisanja.

U slučaju neuspele preporučene pošiljke smatraće se da je ista izvršena i proizvođače pravno dejstvo između ugovornih strana.

5) Sporazumi koji se odnose na sadržinu Ugovora o dobrovoljnom osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pisanom obliku.

6) Svaki razgovor osiguranog lica sa medicinski obrazovanim licima iz MedUniq kontakt centra se snima.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 4.

1) Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem se pokrivaju troškovi za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa Osiguravačem, odnosno vrši isplata novčanih naknada predviđenih Ugovorom o osiguranju.

2) Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

1. Paralelno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada Osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji je drugačiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji je propisan zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
 2. Dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala i implantata, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćene pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
 3. Privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koji se ugovara sa Osiguravačem;
- 3) Osiguravač će organizovati i sprovesti kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 2) ovog člana.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 5.

1) Svojstvo Osiguranika u paralelnom, odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi Ugovor o paralelnom odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

2) Svojstvo Osiguranika u privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nije osigurano u smislu obaveznog zdravstvenog osiguranja, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi Ugovor o privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

3) Svojstvo Osiguranika mogu da steknu i članovi porodice i/ili članovi porodice Osiguranika, a u skladu sa Posebnim uslovima Osiguravača.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

PONUDA

Član 6.

1) Ponuda je sastavni deo Ugovora o osiguranju.

2) Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu pisane ponude, na obrascu Osiguravača, koju daje ponudilac.

3) Ukoliko se zaključuje Ugovor o kolektivnom osiguranju, Ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura kod Osiguravača. Ukoliko Ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pisana saglasnost Osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja. Ukoliko je Osiguranik maloletno dete, ugovor o osiguranju potpisuje roditelj ili staratelj.

4) Ugovarač osiguranja, odnosno osigurano lice dužno je da osiguravaču prijavi, prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju, sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Prilikom ugovaranja, osigurano lice je dužno da na zahtev Osiguravača potpiše saglasnost sa Izjavom o zdravstvenom stanju ukoliko je u potpunosti saglasan sa istom, odnosno, da popuni Upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Upitnik) koji su sastavni deo ponude, i da dostavi drugu potrebnu dokumentaciju, s ciljem utvrđivanja rizika, osim u slučaju kolektivnog ugovaranja kada Upitnik nije obavezan.

5) Podaci iz Upitnika ne mogu biti razlog odbijanja prijema u dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

6) U ponudi moraju biti navedeni tačno, istinito i potpuno svi podaci važni i potrebni za zaključenje Ugovora o osiguranju, kao i one činjenice koje su važne za preuzimanje rizika.

7) Pisana ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje Ugovora o osiguranju vezuje ponudilca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od 8 dana od dana kada je ponuda prispela Osiguravaču, a ako je potreban lekarski pregled, onda za vreme od 30 dana.

8) Smatra se da je ponuda prispela Osiguravaču onog dana kada je službeno zavedena kod Osiguravača. U slučaju da Osiguravač, nakon prijema ponude od Ugovarača, zatraži dodatne podatke ili dokumentaciju, smatra se da je ponuda prispela Osiguravaču onog dana kada je primio tražene podatke, odnosno izveštaje o obavljenom lekarskom pregledu.

9) Ukoliko Osiguravač u roku od 8, odnosno 30 dana ako je potreban lekarski pregled, od dana kada je ponuda prispela Osiguravaču, ne ponudi osiguranje uz izmenjene uslove, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je Ugovor zaključen onog dana kada je ponuda prispela Osiguravaču.

10) Ako Osiguravač ponudu za osiguranje prihvati samo pod izmenjenim uslovima, osiguranje se smatra zaključenim danom kada je ponudilac pristao na izmenjene uslove.

11) Smatra se da je ponudilac odustao od ponude ako na izmenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od dana prijema preporučenog obaveštenja Osiguravača poštom ili elektronski (putem mail-a), odnosno ako u slučaju individualnog zdravstvenog osiguranja ne dostavi rezultate obavljenog lekarskog pregleda u roku od 30 dana od dana prijema pisanog zahteva Osiguravača za obavljanje lekarskog pregleda.

12) Ako u periodu od podnošenja ponude do zaključenja Ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika po zdravlje osiguranih lica kod individualnog zdravstvenog osiguranja, osigurano lice, odnosno ponudilac osiguranja, dužan je da odmah po saznanju za te činjenice obavesti Osiguravača. Povećanim opasnostima po zdravlje osiguranog lica kod individualnog zdravstvenog osiguranja, u smislu ovog stava, smatraju se sva oboljenja, odnosno bolesti, promena zanimanja, povrede osiguranog lica, bavljenje sportom ili putovanja u krizna područja, tropske krajeve ili ekspedicije, kao i druge promene koje povećavaju opasnost po zdravlje osiguranog lica.

13) Osiguravač može predložiti osiguranje uz izmenjene uslove nakon zaključenja ugovora ako je osiguranik u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju bolovao od bolesti koje nije prijavio prilikom podnošenja ponude.

14) Osiguravač može utvrditi da je Osiguranik bolovao od bolesti koje nije prijavio prilikom podnošenja ponude na jedan od sledećih načina:

- a. nakon obavljenog sistematskog ili nekog drugog pregleda odnosno, prilikom korišćenja usluga pokrivenih Ugovorom o individualnom osiguranju;
 - b. iz komunikacije sa MedUniqa kontakt centrom i naknadno dostavljene medicinske dokumentacije.
1. Ukoliko ponudilac ne pristane na izmenjene uslove u slučaju definisanom u stavu 13) ovog člana, u roku od 8 dana od prijema obaveštenja, sa predlogom za osiguranje uz izmenjene uslove Osiguravača, istekom ovog roka Ugovor se smatra raskinutim.
 2. U slučaju raskida Ugovora iz stava 15) ovog člana, Osiguravaču pripada celokupni iznos dospele premije, osim u slučaju ukoliko je do dana raskida nastao osigurani slučaj Ugovarač osiguranja je dužan da plati Osiguravaču celokupnu premiju za tekuću godinu osiguranja po raskidu Ugovora o osiguranju, bez obzira na ugovorene rokove plaćanja.
 3. Svojim potpisom na ponudi, odnosno polisi, Osiguranik, odnosno Ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje Opštih i Posebnih uslova.

POLISA OSIGURANJA

Član 7.

- 1) Osiguravač, na osnovu podataka iz ponude, izdaje polisnu danom potpisivanja Ugovora o osiguranju.
- 2) Kod Ugovora o kolektivnom osiguranju, Osiguravač izdaje jednu polisnu osiguranja kojom su obuhvaćena sva lica koja se nalaze na spisku Osiguraničnika, koji čini sastavni deo Ugovora o osiguranju, odnosno polise osiguranja.
- 3) U slučaju kada se Ugovor o osiguranju zaključuje i za članove porodice i/ili domaćinstva Osiguraničnika, Osiguravač može izdati jednu polisnu osiguranja koja obuhvata nosioca osiguranja i članove njegove porodice i/ili domaćinstva koji se osiguravaju.

ISPRAVA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 8.

- 1) Na osnovu polise osiguranja, Osiguravač je dužan da svakom Osiguraničniku, danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana izda Ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Isprava).
- 2) Putem Isprave Osiguraničnik dokazuje status Osiguraničnika i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- 3) Isprava se izdaje na period trajanja osiguranja.
- 4) Do momenta izdavanja Isprave, prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu Polise osiguranja.
- 5) Isprava važi uz lični identifikacioni dokument.
- 6) Osiguraničnik je dužan da bez odlaganja, izvrši prijavu Osiguravaču pismenim putem, o gubitku, krađi ili oštećenju Isprave. U tom slučaju Osiguravač izdaje duplikat isprave.

OSIGURANI RIZICI

Član 9.

- 1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvesan događaj kada je nad Osiguraničnikom usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman (zdravstvene usluge, lekovi, medicinsko-tehnička pomagala, implantati i dr), a koji je predmet Ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili Osiguraničniku u zavisnosti od ugovornog osiguravajućeg pokrića koji je definisan na Polisi.
- 2) Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih Uslova, Osiguravač je u obavezi da nadoknadi standardne i uobičajene troškove do ugovorene visine pokrića, koji nastanu u toku trajanja Ugovora o osiguranju.
- 3) Osigurani slučaj započinje početkom medicinski opravdanog tretmana, lečenja, a završava se u trenutku kada sa medicinske tačke gledišta više ne postoji potreba za lečenjem.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 10.

- 1) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim ili određenim rokom trajanja, najmanje na 12 (dvanaest) meseci, osim u slučajevima:
 1. kada svojstvo obaveznog Osiguraničnika traje kraći period u skladu sa propisima kojima se uređuje obavezno i dobrovoljno zdravstveno

osiguranje, s tim da je Ugovarač dužan da Osiguravača obavesti kada Osiguraničniku prestane svojstvo obaveznog osiguranog lica;

2. kada se ugovara privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- 2) Ugovor o osiguranju može biti ugovoren sa sledećim periodom trajanja:
 1. kratkoročnim;
 2. jednako („=“) 12 (dvanaest) meseci kod paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 3. manje ili jednako („≤“) 12 (dvanaest) meseci kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 - a. dugoročnim – sa neodređenim rokom trajanja;
 - b. višegodišnjim – sa određenim rokom trajanja.
 - 3) Kod dugoročnih i višegodišnjih ugovora o osiguranju Osiguravač će pre isteka godine osiguranja dostaviti obračunsku polisnu za narednu godinu osiguranja.
 - 4) Pri ugovaranju osiguranja sa neodređenim i višegodišnjim određenim rokom trajanja, Ugovaraču osiguranja može se odobriti popust na premiju osiguranja u skladu sa Tarifom.
 - 5) U slučaju ugovaranja popusta iz predhodnog stava ovog člana, smatraće se da je Ugovarač osiguranja u obavezi da ugovor o osiguranju, održi na snazi najmanje 2 (dve) godine.

6) Osiguranje počinje istekom 24.00–tog časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre isteka 24.00-tog časa, dana kada je plaćena premija, odnosno rata premije.

7) Osiguranje prestaje istekom 24.00-tog časa, dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.

8) Osiguranje prestaje i pre ugovorenog roka u sledećim slučajevima:

1. Smrt Osiguraničnika - danom smrti;
2. Isključenje iz osiguranja osiguranog lica od strane Ugovarača osiguranja u slučaju kolektivnog osiguranja – danom podnošenja zahteva Osiguravaču samo ukoliko je ovo pravo predviđeno posebnim uslovima Osiguravača i ako je ugovoreno u polisi;
3. Raskida Ugovora u skladu sa članom 17. ovih opštih uslova;
4. Otkaza Ugovora – istekom otkaznog roka, u skladu sa članom 17. ovih opštih uslova; Kod paralelnog i dodatnog, odnosno kombinacije paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja gubitkom statusa obaveznog osiguranog lica - danom gubitka statusa;
5. Kod privatnog zdravstvenog osiguranja dobijanjem statusa obaveznog osiguranog lica danom dobijanja statusa.

PEROD ČEKANJA (KARENCA)

Član 11.

- 1) Karenca je vremenski period u kojem Osiguravač nema obavezu da isplati naknade iz osiguranja ukoliko nastupi osigurani slučaj.
- 2) Karenca se računa od početka osiguranja definisanog u polisi, pod uslovom da je do tog dana plaćena prva ugovorena premija.
- 3) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do početka osiguranja, karenca se računa od isteka 24.00-tog časa dana kada je prva ugovorena premija plaćena.
- 4) Karenca se ne primenjuje kod obnove Ugovora kod istog Osiguravača, osim ako Ugovorom o osiguranju nije drugačije definisano.

PREMIJA I POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 12.

- 1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije.
- 2) Visinu premije određuje Osiguravač u skladu sa tarifom premije i propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- 3) Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguraničnik je dužan da Osiguravaču plaća premiju uredno, o dospelosti, u rokovima utvrđenim Ugovorom o osiguranju, odnosno polisi.
- 4) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, Osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja.
- 5) Izuzetno od stava (4) ovog člana u slučaju prekida osiguranja usled smrti Osiguraničnika, Osiguravaču pripada premija do dana smrti Osiguraničnika.
- 6) Osiguravač ima pravo da Ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju osiguranja.

- 7) Prva ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dospeva do dana početka Ugovora o osiguranju.
- 8) Svaka naredna rata premije osiguranja dospeva poslednjeg dana tekućeg vremenskog perioda plaćanja premije osiguranja (polugodišnje, tromesečno, mesečno) za naredni vremenski period.
- 9) Smatra se da je premija plaćena kada je ista proknjižena na računu Osiguravača.
- 10) Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.
- 11) Osiguravač ne može povećati premiju u periodu za koji je Ugovor zaključen (bez obzira na period trajanja ugovora), osim u slučajevima definisanih u stavu 13 i 14 člana 6.
- 12) Izuzetno od stava 11) ovog člana, kod Ugovora zaključenih na više godina, premija se može promeniti posle isteka perioda od 12 meseci, od dana zaključivanja Ugovora o osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je Ugovor o osiguranju zaključen.
- 13) Ako Ugovarač osiguranja ne uplati dospelu ugovorenu premiju, odnosno ratu premije, prestaje obaveza Osiguravača na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je Ugovaraču osiguranja uručeno pisano obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama.
- 14) Posle isteka roka iz stava 13) ovog člana Osiguravač može da raskine Ugovor o osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 13.

- 1) Osiguravač je u obavezi da Osiguraniku obezbedi ostvarivanje Ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava utvrđenih ovim opštim uslovima, posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.
- 2) Suma osiguranja naznačena u polisi predstavlja gornju granicu obaveze Osiguravača, po osnovu Ugovora o osiguranju.
- 3) Osiguravač je dužan da, u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ovim opštim uslovima i posebnim uslovima, pružaocu zdravstvenih usluga ili Osiguraniku, nadoknadi troškove lečenja ili deo troškova lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos Ugovorenih novčanih naknada u roku od 14 dana, od dana kada je primio potpunu dokumentaciju na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
- 4) Ukoliko je ugovoreno pravo iz osiguranja putem refundacije Osiguravač je dužan da u skladu sa Ugovorom o osiguranju odnosno polisom nadoknadi troškove lečenja ili deo troškova lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos Ugovorenih novčanih naknada u roku od 14 dana, od dana kada je primio potpunu dokumentaciju na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
- 5) Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, Ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
- 6) Osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski pregled, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem. Troškove ovakvog pregleda snosi Osiguravač.
- 7) Osiguravač se obavezuje, da prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju ne sme tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za Osiguranika, kao i za njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 14.

- 1) Isključena je obaveza Osiguravača u sledećim slučajevima:
 1. Ukoliko je Osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti, koje imaju uticaj na zaključenje Ugovora o osi-

- guranju;
2. Ukoliko Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice koje ima pravni interes da premija bude plaćena;
3. U slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave;
4. Ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova;
5. Ukoliko je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;
6. Ukoliko je osigurani slučaj nastao i traje u trenutku zaključenja Ugovora, odnosno, ukoliko su u pitanju troškovi lečenja bolesti Osiguranika od koje je bolovao u vreme zaključenja Ugovora o osiguranju, osim ako nije drugačije ugovoreno;
7. Ukoliko je osigurani slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a lečenje Osiguranika se nastavlja i nakon isteka Ugovora o osiguranju, Osiguravač je u obavezi da plati troškove zdravstvene zaštite, odnosno isplati ugovorene naknade, koje su nastale do dana do kog je trajao Ugovor o osiguranju, osim u slučaju kada je Ugovor o osiguranju obnovljen;
8. Ukoliko su predmet odštetnog zahteva troškovi za organizovanje i sprovođenje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse koji su obavezni prema republičkom programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti;
9. Za nadoknadu troškova zdravstvene zaštite i isplatu naknade pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, za identičnu vrstu, sadržaj, obim, standard, način i postupak ostvarivanja prava koji su obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem koje je propisano zakonom, osim kod privatnog zdravstvenog osiguranja.

PRAVA I OBAVEZE UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 15.

- 1) Prava iz Ugovora o osiguranju Osiguranik ostvaruje na osnovu isprave (ili polise) o osiguranju, koju je dužan da pokaže na uvid zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi ili drugom davaocu zdravstvenih usluga.
- 2) Prava iz Ugovora o osiguranju ne mogu se nasledivati niti prenositi na druga lica.
- 3) Novčane naknade koje su dospеле na naplatu a ostale su neisplaćene usled smrti Osiguranika, mogu se nasledivati u skladu sa zakonom.
- 4) Ukoliko Ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu isto lice, Ugovarač osiguranja je u obavezi da Osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavesti o pravima na naknadu koja proističu iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- 5) Ugovarač osiguranja odnosno Osiguranik dužan je da Osiguravaču dostavi svu dokumentaciju neophodnu za utvrđivanje postojanja osnova, obima i visine obaveze Osiguravača.
- 6) Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik, obavezan je da informiše Osiguravača u najkraćem roku o svim promenama podataka o osiguranim licima kao što su promena adrese stanovanja, promena prezimena, zanimanja, bračnog statusa, prestanak radnog odnosa, promena statusa u obaveznom zdravstvenom osiguranju, broja osiguranih lica, itd.
- 7) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Opštim uslovima upozna sa njihovom sadržinom.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 16.

- 1) Obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre isteka 24.00-tog časa, dana kada je plaćena premija odnosno prva rata premije, osim ako je nije drugačije ugovoreno.
- 2) Ako je ugovorena karenca, obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog časa dana isteka karence, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno prva rata premije.
- 3) Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24.00-tog časa dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.
- 4) Izuzeto od stava 3) ovog člana obaveza Osiguravača prestaje na način predviđen članom 12. ovih Uslova.

RASKID I OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 17.

- 1) Ukoliko je Ugovarač, odnosno Osiguranik, učinio netačnu prijavu ili prečutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio Ugovor pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtevati raskid Ugovora.
- 2) Osiguravač može jednostrano izvršiti raskid Ugovora prema članu 12. st. 14) ovih Uslova.
- 3) Svaka ugovorna strana može izvršiti otkaz Ugovora o osiguranju, ukoliko isti nije prestao po nekom drugom osnovu.
- 4) Ugovor o osiguranju, svaka strana može raskinuti, obaveštavajući pismenim putem drugu stranu najkasnije tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.
- 5) Ukoliko Ugovarač osiguranja izjavi da raskida ugovor pre isteka roka definisanog u stavu 5) člana 10. ovih Uslova, dužan je da Osiguravaču vrati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz prethodnih godina.
- 6) Povrat odobrenih popusta iz prethodnog stava, Osiguravač obračunava tako što odobreni popust na premiju za tekuću godinu osiguranja u kojoj se ugovor raskida, množi sa brojem godina od početka osiguranja, u zavisnosti od toga u kojoj godini se vrši raskid ugovora o osiguranju.
- 7) U slučaju plaćanja premije u ratama, povrat popusta u tekućoj godini raskida obračunava se po sistemu „pro rata temporis“ (obračun premije prema broju dana osiguranja).
- 8) Povrat odobrenog popusta Osiguranik je dužan da plati u roku od 5 (pet) dana od prijema obračuna ukupno odobrenih popusta za povrat.
- 9) U slučajevima jednostranog raskida Ugovora o osiguranju od strane Ugovarača osiguranja pre isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen, Osiguravač je u obavezi da Ugovaraču osiguranja vrati premiju osiguranja za neiskorišćeni period trajanja osiguranja.
- 10) Obračun premije osiguranja za povrat vrši se po principu „pro-rata temporis“ i vrši se samo ukoliko je plaćena premija koja se odnosi na budući period.
- 11) Ukoliko je do dana raskida nastao osigurani slučaj Ugovarač osiguranja je dužan da plati Osiguravaču celokupnu premiju za tekuću godinu osiguranja po raskidu Ugovora o osiguranju, bez obzira na ugovorene rokove plaćanja.

PRIGOVOR OSIGURANIKAMA

Član 18.

- 1) Osigurano lice koje smatra da su mu odlukom (rešenjem) Osiguravača po odštetnom zahtevu narušena prava iz Ugovora o osiguranju, može podneti prigovor Komisiji za žalbe Osiguravača u roku od 30 dana od dana prijema odluke (rešenja) Osiguravača.
- 2) Komisija za žalbe Osiguravača dužna je da u roku od 30 dana, od dana prijema prigovora Osiguranika, donese odluku o prigovoru i o odluci obavesti Osiguranika.

PODACI O OSIGURANICIMA

Član 19.

- 1) Ugovarač i Osiguranik svojim potpisom na ponudi i polisi ovlašćuju Osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje Ugovora o osiguranju u skladu sa zakonom koji reguliše oblast zaštite podataka o ličnosti.
- 2) Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1) ovog člana čuva kao poslovnu tajnu, u skladu sa zakonom.

PRAVO NA REGRES

Član 20.

- 1) Prava Ugovarača osiguranja ili osiguranog lica prema trećem licu prenose se na Osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranog lica.
- 2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu stava 1) ovog člana, Osiguranik je u obavezi da Osiguravaču obezbedi sve dokaze koje Osiguravač od njega zatraži, a koji su u vezi sa odštetnim zahtevom. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret Osiguravača.
- 3) Ako Ugovarač osiguranja ili Osiguranik primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, Osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguranom licu po osnovu polise.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 21.

- 1) Ovi Opšti uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.
- 2) Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene Ugovore o osiguranju, odnosno polise.
- 3) Za Ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe opšti uslovi na osnovu kojih su ti Ugovori zaključeni, osim ako je do izmene uslova došlo iz razloga promene zakonskih propisa, na šta Osiguravač ne može da utiče.
- 4) Ako Osiguravač izmeni opšte uslove osiguranja, dužan je da o tome pisanim putem obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.
- 5) Osiguravač je dužan da ove opšte uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Član 22.

- 1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 23.

- 1) Na sve odnose Ugovornih strana, koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima, primenjuju se odredbe Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Zakona o obligacionim odnosima i drugih zakonskih propisa Republike Srbije.
- 2) Ugovorne strane rešavaće sva sporna pitanja sporazumno, a ukoliko to ne postignu, ugovaraju nadležnost suda prema sedištu Osiguravača.

Član 24.

- 1) Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primenjuju počev od 14. 09. 2016. godine, uz prethodno dobijeno pozitivno mišljenje nadležnih državnih organa.
- 2) Početkom primene ovih Opštih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje od dana 14. 01. 2015. godine.